

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Rekam Medis**

##### **1. Pengertian Rekam Medis**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Data rekam medis pasien sangat diperlukan dalam manajemen informasi kesehatan.

Menurut Kemenkes RI (2010) Rekam medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas anamnesa pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu sistem penyelenggaraan suatu instansi/unit kegiatan. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu bentuk kegiatan yang tercantum didalam uraian tugas (*job description*) pada unit/instalasi rekam medis.

Proses kegiatan penyelenggaraan rekam medis dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, dilanjutkan dengan kegiatan pencatatan data medis pasien oleh dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien. Selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit dan dilanjutkan dengan pengelolaan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman karena pasien datang berobat, dirawat atau untuk keperluan lainnya.

## **2. Tujuan Rekam Medis**

Berdasarkan Kemenkes RI (2010) tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

## **3. Manfaat Rekam Medis**

Berdasarkan Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pasal 13 pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai:

- a. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien

- b. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi
- c. Keperluan pendidikan dan penelitian
- d. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan
- e. Data statistik kesehatan

Pemanfaatan rekam medis yang menyebutkan identitas pasien harus mendapat persetujuan secara tertulis dari pasien atau ahli warisnya dan harus dijaga kerahasiaannya. Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan pasien, bila dilakukan untuk kepentingan Negara.

#### **4. Jenis Rekam Medis**

Jenis rekam medis berdasarkan Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pasal 2 yaitu rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.

#### **5. Isi Rekam Medis**

Menurut Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pasal 3 yang menjelaskan tentang isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu

- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

## **6. Kepemilikan Rekam Medis**

Menurut Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pasal 12 kepemilikan rekam medis yaitu:

- a. Berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan
- b. Isi rekam medis merupakan milik pasien
- c. Isi rekam medis dalam bentuk ringkasan rekam medis
- d. Ringkasan rekam medis dapat diberikan, dicatat atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberik kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

## **7. Kerahasiaan Rekam Medis**

Berdasarkan Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pasal 10 menjelaskan tentang kerahasiaan rekam medis yaitu sebagai berikut:

- a. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- b. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal:
  - 1) Untuk kepentingan kesehatan pasien
  - 2) Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan
  - 3) Permintaan dan atau persetujuan pasien sendiri
  - 4) Permintaan institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan, dan
  - 5) Untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien
- c. Permintaan rekam medis untuk tujuan harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

## **8. Tata Cara Pengelolaan Rekam Medis**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pasal 15 mengenai

pengorganisasian rekam medis adalah pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai dengan organisasi dan tata kerja sarana pelayanan kesehatan.

## **9. Alur Rekam Medis Pasien Rawat Inap**

Berdasarkan Kemenkes RI (2017) alur rekam medis untuk pasien rawat inap yaitu:

- a. Pasien membawa surat pengantar rawat dari klinik rawat jalan/ gawat darurat/kamar bersalin ke pendaftaran rawat inap.
- b. Pasien memesan kamar perawatan sesuai dengan jenis pembayaran (jika pasien asuransi kesehatan akan dicek dengan pelayanan dan kamar perawatan sesuai dengan plafon pasien) dan melakukan registrasi pendaftaran rawat inap.
- c. Petugas menghubungi kamar perawatan untuk memesan kamar dan menyampaikan hal-hal yang diperlukan dalam perawatan pasien berdasarkan catatan dalam surat pengantar rawat.
- d. Pasien diberi penjelasan *general consent* (persetujuan umum) dan membubuhkan nama, tanda tangan pada formulir.
- e. Pasien kembali ke klinik/ ruang gawat darurat untuk dipasang infus dan diberi gelang pasien. Kemudian perawat menghubungi ruang perawatan sebelum membawa pasien ke ruang perawatan. Perawat akan serah terima pasien dan rekam medis serta dokumen penunjang lainnya untuk tindak lanjut perawatan pasien.

- f. Pasien masuk ruang perawatan diterima dokter ruangan/ perawat ruangan.
- g. Dokter ruangan dan perawat akan mencatat asesmen awal pasien rawat inap dan keperawatan. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebagai Clinical Leader bertugas untuk melakukan pencatatan asesmen asuhanpasien, pelaksanaan pelayanan, perkembangan pasien dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) baik dokter, keperawatan, dietisien, apoteker, dan profesional pemberi asuhan lainnya, serta menandatangani pencatatan CPPT dengan menggunakan metode Subjective Objective Assesment Planning (SOAP).
- h. Selama diruang perawatan, perawat atau bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan layanan yang dibutuhkan.
- i. Perawat/ bidan berkewajiban membuat sensus harian rawat inap yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai dari jam 00.00 sampai dengan jam 24.00. Sensus harian dibuat rangkap tiga, untuk ruang perawatan, pendaftaran, dan instalasi rekam medis. Pengiriman sensus jam 08.00 hari berikutnya. Sensus harian ini dapat berupa manual maupun elektronik.
- j. Petugas ruangan (perawat/bidan) memeriksa kelengkapan rekam medis sebelum diserahkan ke Instalasi Rekam Medis.

- k. Setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis pasien segera dikembalikan dalam waktu 24 jam setelah pasien keluar secara lengkap dan benar bersamaan dengan sensus harian rawat inap.
- l. Petugas rekam medis akan mengolah berkas rekam medis yang sudah lengkap, melewati proses *assembling* (perakitan), pemberian kode penyakit berdasarkan ICD-10 dan kode tindakan berdasarkan ICD-9-CM (*coding*), membuat indeks penyakit, indeks tindakan, indeks dokter, indeks kematian, analisis kuantitatif rekam medis, hingga penyimpanan rekam medis sesuai sistem penjajaran yang berlaku.
- m. Data yang diterima diolah untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit.
- n. Petugas rekam medis akan mengeluarkan berkas rekam medis untuk keperluan pasien berobat ulang atau keperluan lain. Dari setiap permintaan pasien tersebut harus menggunakan formulir peminjaman rekam medis pasien, serta lama peminjaman harus diatur dalam kebijakan rekam medis.

## **B. Sistem Penerimaan Pasien Rawat Inap**

Penerimaan pasien rawat inap dinamakan TPPRI (Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap) (*Admitting Office*). Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk dirawat dirumah sakit. Tata cara penerimaan pasien harus wajar sesuai dengan keperluannya. Dengan

makin meningkatnya jumlah pasien, pimpinan rumah sakit harus memberikan perhatian yang konstan dalam membina sistem dan prosedur penerimaan pasien yang sebaik-baiknya.

Sebelum menerima pasien di instalasi rawat inap, hal yang pertama dilakukan sebelum registrasi pasien adalah mengidentifikasi identitas pasien. Identifikasi pasien dilakukan untuk membedakan pasien yang satu dengan yang lainnya sehingga dapat menghindari kesalahan tindakan medis, pemberian obat, pemeriksaan penunjang dan sebagainya. Dalam indentifikasi pasien menggunakan dua identitas dari minimal tiga identitas unik, yaitu:

- a. Nama sesuai KTP/e-KTP
- b. Nomor rekam medis
- c. Tanggal lahir sesuai KTP/e-KTP/akta kelahiran

Ketentuan umum penerimaan pasien rawat inap sebagai berikut:

- a. Semua pasien yang menderita segala macam penyakit. Selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia. Dapat diterima di rumah sakit.
- b. Sedapat mungkin pasien diterima di tempat pendaftaran rawat inap pada waktu yang telah ditetapkan, kecuali untuk kasus gawat darurat dapat diterima setiap saat.
- c. Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan di rawat, pasien tidak dapat diterima.

- d. Tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan) dilaksanakan di instalasi rawat inap.
- e. Pasien dapat diterima apabila, ada surat rekomendasi dari dokter yang mempunyai wewenang untuk merawat pasien di rumah sakit, dikirim oleh dokter poliklinik, dikirim oleh instalasi gawat darurat, pasien gawat darurat harus diprioritaskan

Berdasarkan Kemenkes RI (2017) alur penerimaan pasien rawat inap sebagai berikut:

- a. Petugas admisi menerima pasien atau keluarga pasien yang membawa surat pengantar untuk rawat inap dari dokter yang menyatakan pasien dirawat.
- b. Petugas admisi memberikan penjelasan kepada pasien/keluarga mengenai ruang perawatan dan prosedur pelayanan pasien rawat inap.
- c. Pasien atau keluarga diminta menandatangani surat persetujuan dirawat yang telah disediakan.
- d. Pasien/penerima informasi menandatangani *general consent* (persetujuan umum) rawat inap.
- e. Petugas admisi melakukan input data sosial pasien dan menyiapkan berkas rekam medis rawat inap.
- f. Petugas admisi mempersiapkan gelang identifikasi pasien.
- g. Setelah proses pendaftaran selesai, berkas rekam medis dan gelang identifikasi diserahkan kepada perawat untuk diantar keruangan beserta pasien.

Menurut Keputusan Direktur Rumah Sakit Bhakti Medicare No.12/SK/DIR.RSBM/1/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Bhakti Medicare Kabupaten Sukabumi proses penerimaan pasien, yaitu:

- a. Bagian penerimaan pasien bertanggung jawab sepenuhnya mengenai pencatatan seluruh informasi yang berkenaan dengan diterimanya seorang pasien di Rumah Sakit Bhakti Medicare.
- b. Bagian penerimaan pasien harus segera memberitahukan ke Instalasi terkait setelah diterimanya seorang pasien dan setelah melalui pemeriksaan disetujui untuk dirawat, dan telah selesai dilakukan *admission* rawat inap.
- c. Semua bagian harus memberitahukan bagian penerimaan pasien, apabila seorang pasien akan melengkapi persyaratan administrasi.
- d. Membuat catatan yang lengkap, terbaca dan seragam harus disimpan oleh semua bagian selama pasien dirawat.
- e. Instruksi yang jelas harus diketahui oleh setiap petugas yang bekerja dalam proses penerimaan dan pemulangan pasien.

Ketentuan umum penerimaan pasien rawat inap sebagai berikut:

- a. Semua pasien yang menderita segala macam penyakit. Selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia. Dapat diterima di rumah sakit.

- b. Sedapat mungkin pasien diterima di tempat pendaftaran rawat inap pada waktu yang telah ditetapkan, kecuali untuk kasus gawat darurat dapat diterima setiap saat.
- c. Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan di rawat, pasien tidak dapat diterima.
- d. Tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan) dilaksanakan di instalasi rawat inap.
- e. Pasien dapat diterima apabila:
  - 1) Ada surat rekomendasi dari dokter yang mempunyai wewenang untuk merawat pasien di rumah sakit
  - 2) Dikirim oleh dokter poliklinik
  - 3) Dikirim oleh instalasi gawat darurat
  - 4) Pasien gawat darurat harus diprioritaskan

Pasien yang sudah memenuhi syarat atau peraturan untuk dirawat, Perawat Membuatkan Admission Note yang minimal berisi:

  - 1) Labeling nama dan nomor rekam medis pasien
  - 2) Umur
  - 3) Diagnosa pasien
  - 4) Dokter DPJP
  - 5) Ruangan yang diperlukan
  - 6) Tambahan alat yang dibutuhkan pasien

Apabila ruangan sudah tersedia:

- 1) Memberi tahu keluarga pasien tersedianya ruang rawat yang dibutuhkan.
- 2) Pada saat mendaftar dia akan mendapat penerangan tentang:
  - a) Kapan dapat masuk ruang perawatan.
  - b) Bagaimana cara pembayaran serta tarif-tarifnya.
  - c) Peraturan selama pasien dirawat.
- 3) Di tulis oleh petugas *admission* di dalam buku register pendaftaran pasien rawat inap dan dilengkapi dengan lembar ringkasan keluar masuk, perlengkapan administrasi lainnya, dan stiker labeling untuk ditempel di gelang pasien.
- 4) Jika pasien pernah berobat ke poliklinik atau pernah dirawat sebelumnya maka petugas Admission mendaftar sesuai nomor rekam medis pasien dan mengambil rekam medis pasien di ruang filling dan mengantarnya ke Instalasi Gawat Darurat.
- 5) Selesai proses administrasi dan *admission* petugas memberitahukan petugas instalasi Gawat darurat, jika kamar sudah disiapkan, pasien dapat segera diantar ke kamar.

### **C. Sistem Pengelolaan Data Rekam Medis**

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, tata kelola rekam medis yang lebih efisien dan juga cepat menjadi tujuan dari banyak manajemen rumah sakit, sehingga kualitas pelayanan menjadi lebih baik.

Untuk menghasilkan tata kelola rekam medis cepat, tepat, akurat dan efisien memerlukan sistem yang baik, diantaranya:

- a. Rekam medis diterima oleh petugas assembling dengan tanda terima dan/atau entri kendali pada aplikasi komputer
- b. Rekam medis di *assembling*
- c. Rekam medis di *coding*
- d. Rekam medis dianalisis untuk mengetahui kelengkapan dan mutu rekam medis
- e. Rekam medis diteruskan ke bagian penyimpanan (melalui tracking)
- f. Rekam medis tersimpan pada rak penyimpanan dengan sistem yang telah ditentukan

Proses pengolahan berkas rekam medis melalui empat tahap yang saling berkaitan yaitu dimulai dari kelengkapan penataan berkas rekam medis (*assembling*), pemberian kode rekam medis (*Coding*), penyimpanan rekam medis (*filling*), dan analisis rekam medis (*analysis*) (Kemenkes RI, 2018).

#### **a. Penataan Berkas Rekam Medis (*Assembling*)**

Menurut Mathar dan Irmawati (2018) *assembling* rekam medis merupakan proses mengumpulkan kemudian mengurutkan berkas yang berisikan dokumen tentang identitas, diagnose pengobatan, anamnesis, pemeriksaan, tindakan, pengobatan serta pelayanan lainnya yang diberikan kepada pasien. Selain itu, *assembling* juga

berfungsi sebagai peneliti kelengkapan isi dan perakitan dokumen rekam medis sebelum disimpan.

*Assembling* berkas rekam medis akan memberikan gambaran fakta terkait keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu. *Assembling* rawat inap antara lain sebagai berikut:

- 1) Ringkasan riwayat masuk keluar
- 2) Surat persetujuan dirawat
- 3) Formulir perjalanan penyakit/instruksi/tindakan/terapi
- 4) Daftar pengobatan/form catatan pemberian obat
- 5) Grafik S, N, T (observasi)
- 6) Permintaan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan penunjang
- 7) Resume keluar (hidup/mati)
- 8) Formulir spesialisasi sesuai jenis spesialisasinya
- 9) Keseimbangan cairan
- 10) Laporan Anestesi
- 11) Laporan Operasi
- 12) Laporan persalinan dan identifikasi bayi
- 13) Laporan identifikasi bayi lahir
- 14) Konsultasi
- 15) Informed Consent
- 16) Salinan resep
- 17) Sebab kematian

18) Surat Pulang Paksa

19) Formulir asuhan keperawatan, meliputi:

- a) Formulir pengkajian data dan diagnosa keperawatan
- b) Formulir rencana keperawatan
- c) Formulir tindakan keperawatan
- d) Formulir evaluasi keperawatan
- e) Formulir perencanaan pulang

Alur dan prosedur *assembling*

1) Rawat inap

- a) Terima dokumen rekam medis dari petugas bangsal setiap hari.
- b) Tulis pada buku ekspedisi meliputi nomor rekam medis, nama bangsal, dan paraf atau nama petugas bangsal.
- c) Cek kembali jumlah dokumen rekam medis yang diterima.
- d) Lakukan penyusunan lembar demi lembar formulir sesuai dengan nomor urut kode RM dan apabila ditemukan formulir yang kosong tidak dipakai diambil.
- e) Cek kembali dokumen rekam medis yang selesai disusun.
- f) Tulis identitas pasien di buku pertanggal meliputi nomor rekam medis, nama pasien, umur, kelas atau bangsal, alamat, diagnosa akhir, nama dokter, dan keterangan lain.
- g) Jika terdapat dokumen rekam medis yang belum terisi dan tidak lengkap maka dipisahkan.

- h) Beri kartu kembali ketidaklengkapan untuk dokumen rekam medis yang kurang lengkap.
- i) Mintakan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis kepada DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) atau tenaga kesehatan lainnya yang berwenang.
- j) Dokumen rekam medis yang lengkap diberikan ke bagian coding.

Menurut Keputusan Direktur Rumah Sakit Bhakti Medicare No 13/SK/DIR.RSBM/III/2021 tentang Pedoman Pengorganisasian Dan Pelayanan Instalasi Rekam Medis di Rumah Sakit Bhakti Medicare. Ketentuan tugas *assembling* berkas rekam medis yaitu:

- 1) Menerima berkas rekam medis pasien rawat inap yang sudah pulang dari setiap unit ruangan rawat inap.
- 2) Menyusun atau merakit berkas rekam medis agar sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit Bhakti Medicare.
- 3) Menganalisis kelengkapannya secara kuantitatif dengan menggunakan ceklist.
- 4) Meminta pihak yang bersangkutan untuk melengkapi berkas rekam medis pasien apabila ada yang belum lengkap.
- 5) Meminta kelengkapan berkas rekam medis yang belum lengkap ke dokter yang bersangkutan dengan menggunakan note permintaan kelengkapan berkas.

- 6) Mengisi note permintaan kelengkapan berkas rekam medis dengan nama dokter yang dituju.
- 7) Mengirimkan berkas rekam medis yang disertakan note permintaan kelengkapan berkas rekam medis ke dokter yang bersakutan.

#### **b. Pemberian Kode Rekam Medis (*Coding*)**

Menurut Leni Marlina BBKPM Bandung (Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Bandung) *Coding* adalah salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

Pengkodean (*coding*) merupakan salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Pemberian kode atas diagnosis klasifikasi penyakit yang berlaku dengan menggunakan ICD-10 untuk mengkode penyakit, sedangkan ICOPIM dan ICD-9-CM digunakan untuk mengkode tindakan, serta komputer (online) untuk mengkode penyakit dan tindakan (Gunarti, dkk 2019).

Kepastian dan ketepatan kode diagnosis pada rekam medis sangat diperlukan agar informasi dapat dipertanggungjawabkan memaparkan

kualitas fakta yang telah terjadi. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat maka informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi data yang rendah, hal ini akan mengakibatkan ketidakakuratan laporan. Misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit ataupun klaim BPJS (Hatta, 2013).

Di Indonesia, penggunaan International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) terbitan WHO telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI sejak tanggal 19 Februari 1996. ICD-10 terdiri dari 3 volume:

- 1) Volume 1 (*Tabular List*), berisi tentang hal-hal yang mendukung klasifikasi utama.
- 2) Volume 2 (*Instruction Manual*), berisi tentang pedoman penggunaan.
- 3) Volume 3 (*Alphabetic Index*), berisi tentang klasifikasi penyakit yang disusun berdasarkan indeks abjad atau secara alfabet, terdiri dari 3 seksi:
  - a) Seksi 1 adalah klasifikasi diagnosis yang tertera dalam vol 1
  - b) Seksi 2 untuk mencari penyebab luar morbiditas, mortalitas dan membuat istilah dari bab 20
  - c) Seksi 3 merupakan tabel obat-obatan dan zat kimia sebagai sambungan dari bab 19, 20 dan menjelaskan indikasi kejadiannya.

Beberapa contoh diagnosa pasien dengan kodenya:

- 1) HIV: B24
- 2) Suspek TB: Z03.0
- 3) Skiring TB: Z11.1

Diagnosa sebuah penyakit bisa saja sama, tetapi kode nya berbeda antara pasien anak dan pasien dewasa. Contohnya diagnosa *bronchitis*: J20.9 (*bronchitis* pada pasien anak) dan J40 (*bronchitis* pada pasien dewasa). Koding juga diberikan untuk pemberian kode tindakan apabila pasien mendapatkan pelayanan penunjang, misalnya koding untuk tindakan fisioterapi adalah sebagai berikut:

- 1) Nebulizer 93.94
- 2) MWD 93.94
- 3) USG 88.79
- 4) EKG 89.52

Menurut Keputusan Direktur Rumah Sakit Bhakti Medicare Nomor 12/SK/DIR.RSBM/1/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Bhakti Medicare Kabupaten Sukabumi dimana kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

Menurut Keputusan Direktur Rumah Sakit Bhakti Medicare No 13/SK/DIR.RSBM/III/2021 tentang Pedoman Pengorganisasian Dan Pelayanan Instalasi Rekam Medis Di Rumah Sakit Bhakti Medicare. Ketentuan tugas *coding* berkas rekam medis yaitu:

- 1) Mengkode diagnosis dokter untuk pasien rawat jalan dan rawat inap sesuai ICD X dan tindakan medis sesuai ICD-9 CM.
- 2) Menginput ke komputer data diagnosis yang telah dikoding.
- 3) Melakukan analisis rekam medis rawat inap.
- 4) Membuat laporan KLPCM.
- 5) Kerja sama dengan penanggung jawab pelaporan dalam penyediaan data dan informasi.

Kode klasifikasi penyakit oleh World Health Organization (WHO) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi-10, International Statical Clasification Deseasses and Health Problem 10 Revice. ICD-10 menggunakan kode kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (*alpha numeric*).

Kecepatan dan ketepatan Koding dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut yaitu:

- 1) Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis

- 2) Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode
- 3) Tenaga kesehatan lainnya.

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban hak dan tanggung jawab dokter yang terkait tidak boleh diubah oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10.

Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Oleh karenanya untuk hal yang kurang jelas atau yang tidak lengkap, sebelum koding ditetapkan, komunikasikan terlebih dahulu pada dokter yang membuat diagnosis tersebut.

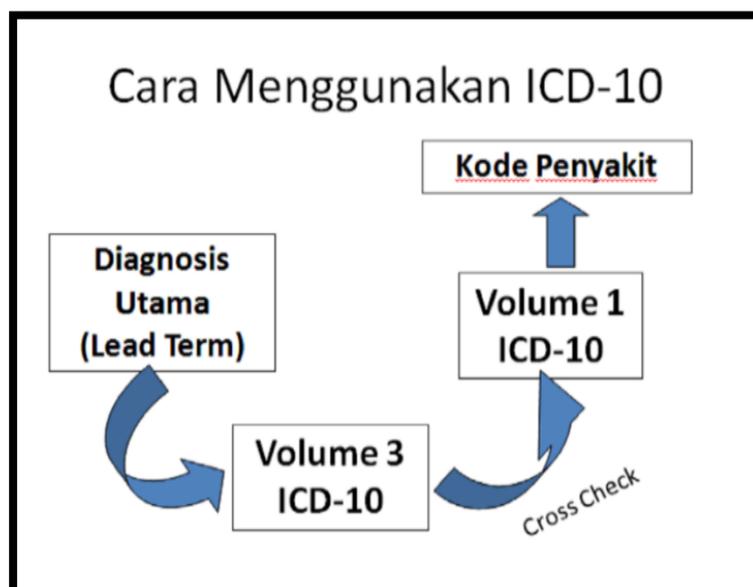
Untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas rekam medis harus membuat koding sesuai dengan klasifikasi yang tepat. Disamping kode penyakit, berbagai tindakan lain juga harus dikoding sesuai klasifikasi masing-masing, seperti Koding Penyakit (ICD-10), Pembedahan/Tindakan (ICD-9 CM), Koding Obat-obatan, Laboratorium Radiologi, Dokter (pemberi pelayanan), dan Alat-alat.

#### Cara Penggunaan ICD-10

- 1) Menggunakan buku ICD-10 Volume I berisi tentang:  
*Intruduction* (pendahuluan), kelompok daftar tabulasi, kode

kondisi tertentu, petunjuk yang digunakan dalam daftar tabulasi, dan kategori karakteristik perintah

- 2) Menggunakan buku ICD-10 Volume III berisi tentang: Penggunaan Index Alfabetik, susunan, kode angka, dan tanda perintah yang ada dalam buku ICD-10 Vol I
- 3) Petunjuk dasar koding
  - a) Identifikasi tipe penyakit/luka atau kondisi lain di dalam buku ICD-10 Vol. I
  - b) Cari kata dasar (Lead term)
  - c) Baca dan catat petunjuk kata dasar (di garis bawah)
  - d) Rujuk di buku ICD-10 Volume III
  - e) Rujuk di buku ICD-10 Volume I
  - f) Tentukan kode penyakit tersebut



**Gambar 2. 1 Penggunaan ICD-10**

*Sumber: Kemenkes RI 2022*

### c. Penyimpanan Rekam Medis (*Filling*)

*Filling* adalah segala tindakan atau perbuatan atau kegiatan yang berhubungan dengan masalah pengumpulan, klasifikasi, penyimpanan, penempatan, pemeliharaan dan distribusi atas surat-surat, catatan-catatan, perhitungan-perhitungan, grafik-grafik data ataupun informasi yang lain dan tindakan tersebut dilakukan dengan setepat-tepatnya dalam rangka melakukan suatu proses manajemen serta catatan maupun surat tersebut dapat ditemukan kembali dengan mudah (Mathar dan Irmawati 2018).

Kegiatan *filling* bertanggung jawab terhadap penyimpanan dan pengambilan seluruh data informasi yang telah berhasil diperoleh untuk keperluan di masa yang akan datang.

Fungsi *filling* dalam pelayanan rekam medis yaitu:

- 1) Menyimpan dokumen rekam medis.
- 2) Penyedia dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan.
- 3) Pelindung arsip-arsip dokumen rekam medis terhadap kerahasiaan isi data rekam medis.
- 4) Pelindung arsip-arsip dokumen rekam medis terhadap bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi.

Sistem penyimpanan berkas rekam medis pasien di rumah sakit merupakan salah satu pekerjaan yang sangat penting di unit rekam medis, oleh karena itu diperlukan suatu sistem yang tepat untuk proses pengelolaannya. Berdasarkan Kemenkes (2017) sistem

penyimpanan rekam medis menurut nomor yang sering dipraktekkan yaitu:

- 1) Sistem nomor langsung (*Straight Numerical Filling System*)
- 2) Sistem angka akhir (*Terminal Digit Filling System*)
- 3) Sistem angka tengah (*Middle Digit Filling System*)

Berdasarkan Kemenkes (2017) bentuk penyimpanan yang diselenggarakan di dalam pengelolaan instalasi rekam medis dilakukan dengan dua cara yaitu:

- 1) Sentralisasi

Sentralisasi yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan formulir-formulir rekam medis milik seorang pasien ke dalam satu kesatuan (folder). Data Rekam Medis rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap milik seorang pasien menjadi satu dalam satu folder (map). Penggunaan sistem sentralisasi memiliki kelebihan dan juga ada kekurangannya.

Kelebihan dari sistem sentralisasi ini adalah:

- a) Data dan informasi hasil pelayanan dapat berkesinambungan karena menyatu dalam 1 folder sehingga riwayatnya dapat dibaca seluruhnya.
- b) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- c) Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.

- d) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasi.
- e) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan, karena dokumen rekam medis milik seorang pasien berada dalam satu folder.
- f) Mudah menerapkan sistem unit record.

Kekurangan dari sistem sentralisasi ini adalah:

- a) Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
- b) *Filing* (tempat penyimpanan) data rekam medis harus jaga 24 jam karena sewaktu-waktu diperlukan untuk pelayanan di UGD yang buka 24 jam.
- c) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam, karena Kartu Induk Utama Pasien (KIUP) akan digunakan sewaktu waktu bila pasien datang tak membawa Kartu Identitas Berobat (KIB), padahal KIUP tersimpan di TPPRJ.

## 2) Desentralisasi

Sistem Penyimpanan dokumen rekam medis secara desentralisasi yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan milik seorang pasien antara dokumen rekam medis rawat jalan, dokumen rekam medis gawat darurat dan rawat inap pada folder tersendiri dan atau ruang atau tempat tersendiri. Biasanya dokumen rekam medis pasien

rawat jalan disimpan di satu tempat penyimpanan atau di Poliklinik masing-masing, sedangkan dokumen rekam medis pasien gawat darurat dan rawat inap disimpan di unit rekam medis.

Kelebihan:

- a) Efisiensi waktu, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- b) Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kekurangannya:

- a) Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis, yaitu data dan informasi pelayanan pada satu pasien dapat tersimpan lebih dari 1 folder.
- b) Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.
- c) Cara sentralisasi lebih baik daripada desentralisasi. Tetapi pada pelaksanaannya sangat tergantung pada situasi dan kondisi masing-masing rumah sakit yaitu:
- d) Karena terbatasnya tenaga yang terampil, khususnya yang menangani pengelolaan rekam medis.
- e) Kemampuan dana rumah sakit.

Menurut Keputusan Direktur Rumah Sakit Bhakti Medicare No 12/SK/DIR.RSBM/1/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Bhakti Medicare Kabupaten Sukabumi, Sistem penyimpanan yang digunakan adalah sistem

sentralisasi. Dengan cara sentralisasi terjadi penggabungan antara dokumen rekam medis rawat jalan dan rawat inap dalam satu tempat. Karena semua pasien baik rawat jalan maupun rawat inap hanya memiliki satu nomor rekam medis.

Kebaikan dari sistem sentralisasi adalah:

- a) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis, sehingga pasien dapat dilayani lebih cepat.
- b) Mengurangi jumlah biaya yang digunakan untuk peralatan dan ruangan.
- c) Tata kerja Dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan.
- d) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- e) Mudah menerapkan sistem unit record.

Kekurangan dari sistem sentralisasi adalah:

- a) Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan Dan unit rawat inap.
- b) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam.

Serta sesuai Keputusan Direktur Rumah Sakit Bhakti Medicare Nomor 12/SK/DIR.RSBM/1/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Bhakti Medicare

Kabupaten Sukabumi, sistem penyimpanan rekam medis menurut nomor yang sering dipraktikkan yaitu sistem angka akhir.

Menurut Keputusan Direktur Rumah Sakit Bhakti Medicare No 13/SK/DIR.RSBM/III/2021 tentang Pedoman Pengorganisasian dan Pelayanan Instalasi Rekam Medis Di Rumah Sakit Bhakti Medicare. Ketentuan tugas *filling* berkas rekam medis yaitu:

- 1) Menerima tracer dari petugas pendaftaran yang berisi no rekam medis, nama, dan poliklinik tujuan/UGD.
- 2) Mengambil berkas rekam medis dari rak penyimpanan sesuai dengan yang tertera di tracer.
- 3) Mendistribusikan berkas rekam medis tersebut ke poliklinik/UGD yang dituju.
- 4) Mengambil kembali berkas rekam medis yang sudah selesai di isi oleh dokter yang memeriksa.
- 5) Menyerahkan berkas rekam medis tersebut kepada petugas coding untuk di coding sesuai diagnosa yang sudah di isi.
- 6) Menyimpan kembali berkas rekam medis yang sudah di coding ke rak penyimpanan.
- 7) Menyusun berkas rekam medik sesuai tata cara penyimpanan.
- 8) Mengontrol keluar masuknya berkas rekam medik.
- 9) Mencari rekam medis pasien yang tidak ditemukan.
- 10) Melakukan retensi dan penyortiran berkas rekam medis.

- 11) Melakukan pemusnahan berkas rekam medis pasien yang sudah tidak aktif.

**d. Analisis Rekam Medis (*Analysis*)**

Kegiatan analisis adalah mengolah dan menyediakan data dan informasi yang lengkap, akurat dan tepat waktu. Agar diperoleh kualitas rekam medis yang optimal perlu dilakukan audit dan analisis rekam medis dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh staf medis dan para medis serta hasil-hasil pemeriksaan dari unit-unit penunjang medis sehingga kebenaran penempatan diagnosa dan kelengkapan rekam medis dapat dipertanggung jawabkan. Disamping rumah sakit staf medis dapat terhindar dari gugatan mal praktek.

Proses analisa rekam medis ditujukan kepada dua hal yaitu:

- 1) Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis dan penunjang medis sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada berkas seseorang pasien sudah ada atau belum.

- 2) Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif adalah analisa yang ditujukan kepada mutu dan setiap berkas rekam medis, petugas akan mengambil

dan mengalisa kualitas rekam medis pasien sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan. Analisis kualitatif meliputi penelitian terhadap pengisian lembar rekam medis baik oleh staf medis, para medis dan unit penunjang medis lainnya. Ketidak lengkapan dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, mutu rekam medis akan mencerminkan baik tidaknya mutu pelayanan di suatu rumah sakit.

Pembuatan resume bagi setiap pasien yang dirawat merupakan cerminan mutu rekam medis serta pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit tertentu. Dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang manangani pasien wajib melengkapi rekam medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## **D. Teori Sistem**

### **1. Pengertian Sistem**

Menurut Azwar (2010) ada beberapa pengertian sistem, yaitu:

- a. Sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan yang majemuk, dimana masing-masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran kesatuan dalam suatu situasi yang majemuk.
- b. Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

## **2. Ciri-Ciri Sistem**

Menurut Azwar (2010) ciri-ciri sistem dapat dibedakan atas empat macam, yaitu:

- a. Dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.
- b. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
- c. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerja sama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan.
- d. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

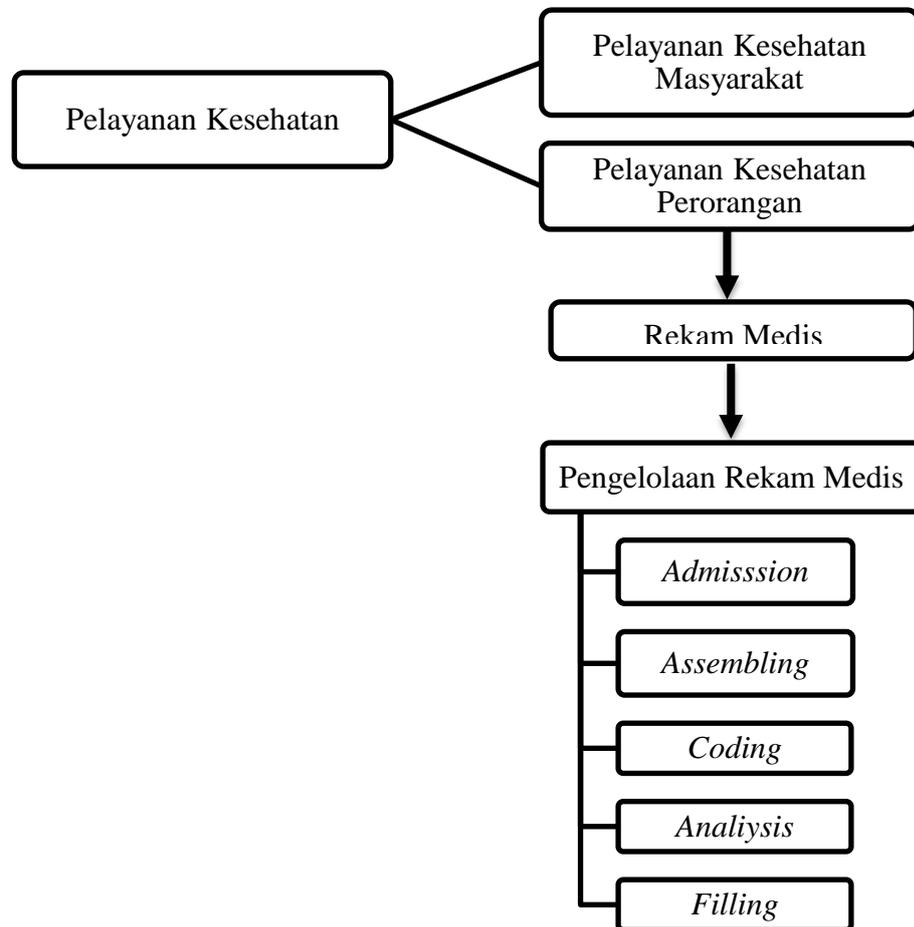
## **3. Unsur Sistem**

Menurut Azwar (2010) sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Bagian atau elemen tersebut banyak macamnya dan dapat dikelompokkan dalam enam unsur yaitu:

- a. Masukan adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.
- b. Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
- c. Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
- d. Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.
- e. Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.
- f. Lingkungan (*environment*) adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem. Jika sistem kesehatan di pandang sebagai suatu upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan.

### E. Kerangka Teori

Teori Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (Kemenkes, 2018) dan Pengorganisasian Instalasi Rekam Medis (RS Bhakti Medicare, 2021) yang dimodifikasi untuk dijadikan acuan atau landasan teori dalam pengelolaan rekam medis rumah sakit. Skema landasan teori seperti diuraikan berikut ini:



**Gambar 2. 2 Kerangka Teori**

*Sumber:* Kemenkes RI (2017) dan Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Bhakti Medicare (2021)